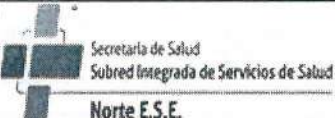


|                                                                                  |                                                    |  |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U        |  | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |
|                                                                                  | ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                   |  | VERSIÓN: 5            |
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E |  | PÁGINA: 1 DE 1        |
|                                                                                  |                                                    |  | FECHA: 16/02/2018     |

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

|                         |                       |                         |                 |               |                 |   |                 |        |                 |   |
|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------|---------------|-----------------|---|-----------------|--------|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: |                       | CASTRO LARA JOHN RAFAEL |                 |               |                 |   |                 | 166959 |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:      | Cedula                | No.                     | 79053213        |               |                 |   |                 |        |                 |   |
| CORREO                  | johncas2006@gmail.com | CELULAR                 | 3108739697      |               |                 |   |                 |        |                 |   |
| PROCESO:                | Hospitalización       |                         |                 |               |                 |   |                 |        |                 |   |
| SERVICIO:               | Hospitalización       |                         | UNIDAD:         | Simon Bolívar |                 |   |                 |        |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS        | Centro de costo       | %                       | Centro de costo | %             | Centro de costo | % | Centro de costo | %      | Centro de costo | % |
|                         | A00                   |                         |                 |               |                 |   |                 |        |                 |   |
| BANCO                   | 12                    | TIPO CUENTA             | AHORROS         |               |                 |   |                 |        |                 |   |
| NUMERO CUENTA BANCARIA  |                       | 4870191899              |                 |               |                 |   |                 |        |                 |   |

### INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

|                                |      |       |            |                   |       |       |            |                          |  |  |  |
|--------------------------------|------|-------|------------|-------------------|-------|-------|------------|--------------------------|--|--|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: |      |       |            | 2747-2021         |       |       |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |  |  |  |
| NÚMERO DE CDP: 1               | 321  | FECHA | 04/02/2021 | NÚMERO DE CRP: 1  | 15729 | FECHA | 04/02/2021 |                          |  |  |  |
| NÚMERO DE CDP: 2               | 375  | FECHA | 15/02/2021 | NÚMERO DE CRP: 2  | 20565 | FECHA | 23/02/2021 |                          |  |  |  |
| NÚMERO DE CDP: 3               | 662  | FECHA | 26/03/2021 | NÚMERO DE CRP: 3  | 24640 | FECHA | 26/03/2021 |                          |  |  |  |
| NÚMERO DE CDP: 4               | 801  | FECHA | 23/04/2021 | NÚMERO DE CRP: 4  | 28681 | FECHA | 23/04/2021 |                          |  |  |  |
| NÚMERO DE CDP: 5               | 1129 | FECHA | 27/05/2021 | NÚMERO DE CRP: 5  | 36361 | FECHA | 27/05/2021 |                          |  |  |  |
| NÚMERO DE CDP: 6               | 1397 | FECHA | 30/06/2021 | NÚMERO DE CRP: 6  | 43729 | FECHA | 30/06/2021 |                          |  |  |  |
| NÚMERO DE CDP: 7               | 1560 | FECHA | 23/07/2021 | NÚMERO DE CRP: 7  | 47147 | FECHA | 23/07/2021 |                          |  |  |  |
| NÚMERO DE CDP: 8               | 1720 | FECHA | 25/08/2021 | NÚMERO DE CRP: 8  | 51711 | FECHA | 25/08/2021 |                          |  |  |  |
| NÚMERO DE CDP: 9               | 2039 | FECHA | 30/09/2021 | NÚMERO DE CRP: 9  | 57281 | FECHA | 30/09/2021 |                          |  |  |  |
| NÚMERO DE CDP: 10              | 2267 | FECHA | 27/10/2021 | NÚMERO DE CRP: 10 | 63054 | FECHA | 27/10/2021 |                          |  |  |  |
| NÚMERO DE CDP: 11              | 2485 | FECHA | 25/11/2021 | NÚMERO DE CRP: 11 | 68179 | FECHA | 25/11/2021 |                          |  |  |  |

OBJETO: MEDICO ESPECIALISTA - INTERNISTA - ADMINISTRATIVO

|                     |             |                     |     |      |       |     |     |      |
|---------------------|-------------|---------------------|-----|------|-------|-----|-----|------|
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE       | DIA                 | MES | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|                     |             | 01                  | 11  | 2021 |       | 30  | 11  | 2021 |
| TIPO SERVICIOS      | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | 0   |      |       |     |     |      |
| VALOR MES           | 14,787,000  | VALOR LETRAS        |     |      |       |     |     |      |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

### CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

| CONCEPTO                                | VALORES     |
|-----------------------------------------|-------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 194,061,560 |
| VALOR EJECUTADO:                        | 176,571,560 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:           | 17,490,000  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                | 220         |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:     | 220         |
| VALOR A LIBERAR:                        | 0           |
| SALDO POR EJECUTAR:                     | 17,490,000  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                | 90.99 %     |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

|          |           |           |      |           |            |                |
|----------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|----------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Noviembre 2021

MOLANO SILVA ELIANA MARIA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CASTRO LARA JOHN RAFAEL

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

|            |           |           |   |         |        |           |
|------------|-----------|-----------|---|---------|--------|-----------|
| 7818085305 | 1,281,300 | 1,742,600 | 3 | 249,700 | 61,500 | 3,335,100 |
|            | 0         | 0         |   | 0       | 0      |           |

UMHES SIMON BOLIVAR

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE  
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Noviembre  
2021

MOLANO SILVA ELIANA MARIA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CASTRO LARA JOHN RAFAEL

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                                                                    |                                                                                                                            |                     |      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CÓDIGO: AP-CT-F-50-02 |                                                                                    |                                                                                                                            |                     |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | VERSIÓN: 2            |                                                                                    |                                                                                                                            |                     |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PÁGINA: 1 DE 1        |                                                                                    |                                                                                                                            |                     |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       | FECHA: 30/10/2018                                                                  |                                                                                                                            |                     |      |  |
| ÁREA Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       | UNIDAD:                                                                            |                                                                                                                            | UMHES SIMÓN BOLÍVAR |      |  |
| No. DE CONTRATO: 2747-2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Periodo certificado                                                         | Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Mes                   | Año                                                                                | Día                                                                                                                        | Mes                 | Año  |  |
| DOCUMENTO: 79053213                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                             | 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 11                    | 2021                                                                               | 30                                                                                                                         | 11                  | 2021 |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: CASTRO LARA JOHN RAFAEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                                                                    |                                                                                                                            |                     |      |  |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO ESPECIALISTA - INTERNISTA - ADMINISTRATIVO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institución.                                                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                                                                    |                                                                                                                            |                     |      |  |
| El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI <input checked="" type="checkbox"/> _X_ NO <input type="checkbox"/> _X_ Servicios: SI <input checked="" type="checkbox"/> _X_ NO <input type="checkbox"/> _X_                                                                                                                                                                             |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                                                                    |                                                                                                                            |                     |      |  |
| ACTIVIDADES CONTRATADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | % EJECUTADO                                                                 | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                                                                    | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                       |                     |      |  |
| 1) Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                              | 100%                                                                        | 1) Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                              |                       |                                                                                    | Realizar adherencia a los procesos, procedimientos, instructivos, guías y políticas institucionales de la Subred Norte ESE |                     |      |  |
| 2) Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. | 100%                                                                        | 2) Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. |                       |                                                                                    | Participó en el desarrollo de las estrategias para SUH, SUA.                                                               |                     |      |  |
| 3) Realizar proyección de turnos para verificación y aprobación por el supervisor del contrato, establecer cronograma de capacitación en todas las UMHES                                                                                                                                                                                                                                                | 100%                                                                        | Realizar proyección de turnos para verificación y aprobación por el supervisor del contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                                                                    | Realicé la proyección de turnos del mes para aprobación del supervisor del contrato                                        |                     |      |  |
| 4) Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.                                                                                                                                                                                                                                                                             | 100%                                                                        | Presentar los informes de estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                                                                    | Presenté el informe de producción del servicio de medicina interna                                                         |                     |      |  |
| 5) Realizar la notificación de novedades al supervisor del contrato o a quien este delegue de manera oportuna para el proceso de certificación de cumplimiento de actividades y / o requerimiento de personal faltante, con los respectivos soportes.                                                                                                                                                   | 100%                                                                        | Realizar la notificación de novedades al supervisor del contrato o a quien este delegue de manera oportuna para el proceso de certificación de cumplimiento de actividades y / o requerimiento de personal faltante, con los respectivos soportes.                                                                                                                                                      |                       |                                                                                    | Realicé la notificación de las novedades para el proceso de certificación de cumplimiento de actividades                   |                     |      |  |
| 6) Realizar seguimiento a la Matriz de Acreditación; Habilitación; PAMEC; COVE; POA; Mapa de Riesgos Documentar los procesos, instructivos y protocolos de enfermería de acuerdo a normatividad vigente.                                                                                                                                                                                                | 100%                                                                        | Realizar seguimiento a la Matriz de Acreditación; Habilitación; PAMEC; COVE; POA; Mapa de Riesgos Documentar los procesos, instructivos y protocolos del servicio a cargo de acuerdo a normatividad vigente.                                                                                                                                                                                            |                       |                                                                                    | Se realizó seguimiento a la matriz de acreditación habilitación. PAMEC                                                     |                     |      |  |
| 7) Realizar seguimiento en los servicios con rondas y envío de censo diario; alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.                                                                                                                                                                                                                           | 100%                                                                        | Realizar seguimiento en los servicios con rondas y envío de censo diario; alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                                                                    | Se realizó en el mes 20 rondas a los servicios de medicina interna y se envió el censo diario                              |                     |      |  |
| 8) Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.                                                                                                                                                                                                                                                               | 100%                                                                        | Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                                                                    | Realicé la capacitaciones virtuales convocadas por la Subred Norte -                                                       |                     |      |  |
| 9) Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 100%                                                                        | Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                    | Participé en el proceso de habilitación y acreditación de la subred Norte                                                  |                     |      |  |
| TOTAL, DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 100%                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                                                                    |                                                                                                                            |                     |      |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                                                                    |                                                                                                                            |                     |      |  |
| TOTAL, A PAGAR: M/CTE (17490000) DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA MIL PESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                                                                    |                                                                                                                            |                     |      |  |
| <br>CASTRO LARA JOHN RAFAEL<br>CC79053213                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       | Fecha: 30 / 11 / 2021<br><br>Firma de recibido supervisor: DRA ELIANA MARIA MOLANO |                                                                                                                            |                     |      |  |
| Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                                                                    |                                                                                                                            |                     |      |  |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL

[illegible][illegible]

| ADMINISTRADORA |                       | TOTAL APORTE Y SALDO |                               |       |                        |       |               |       |              |      |            |      |              |      |           |              |      |
|----------------|-----------------------|----------------------|-------------------------------|-------|------------------------|-------|---------------|-------|--------------|------|------------|------|--------------|------|-----------|--------------|------|
| CÓDIGO         | NOMBRE                | IN-<br>COTIZANTES    | INCAPACIDAD POR<br>ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERIDAD     |       | SALDO A FAVOR |       | MORA         |      | TOTALES    |      |              |      |           |              |      |
|                |                       |                      | NÚMERO<br>AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO<br>AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN   | UPC  | COTIZACIÓN | UPC  | APORTES      | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |      |
| PS001          | EF5801-ALIANZAUS S.A. | 1                    |                               |       | 1.0                    |       |               |       |              |      |            |      |              |      |           |              |      |
| SUBTOTAL ES:   |                       |                      |                               |       |                        | 1.0   |               |       |              |      |            |      |              |      |           |              |      |
|                |                       |                      |                               |       |                        |       |               | \$ 1  | \$ 1,281,300 | \$ 0 | \$ 0       | \$ 0 | \$ 1,281,300 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 1,281,300 | \$ 0 |
|                |                       |                      |                               |       |                        |       |               |       |              |      |            |      |              |      |           | \$ 1,281,300 | \$ 0 |

| CODIGO        | NOMBRE        | No. COTIZANTES | NUMERO AUTORIZACION | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | SALDO A FAVOR | LIQUIDACION<br>COTIZACION | APORTES    | MORA | TOTALES    |
|---------------|---------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|----------|---------------|---------------------------|------------|------|------------|
| 4-25          | 14-25-COLUMNA |                |                     |       | \$ 0                 |          |               | \$ 0                      | \$ 249.700 | \$ 0 | \$ 249.700 |
| <b>TOTAL:</b> |               |                |                     |       | \$ 0                 |          |               |                           | \$ 249.700 | \$ 0 | \$ 249.700 |

| TOTAL APORTES A C.A. DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |                |        |                |           |      |              |
|-----------------------------------------------|----------------|--------|----------------|-----------|------|--------------|
| CÓDIGO                                        | ADMINISTRADORA | NOMBRE | No. COTIZANTES | TOTALES   |      | VALOR PAGADO |
|                                               |                |        |                | APORTES   | MORA |              |
| CFN                                           | CFN-COMPENSAR  |        | 1              | \$ 61,500 | \$ 0 | \$ 61,500    |
| SUB-TOTALES:                                  |                |        |                | \$ 61,500 | \$ 0 | \$ 61,500    |

[illegible]